

HIPAA CONSENT FORM

I understand that under the *Health Insurance Portability & Accountability Act* I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among multiple healthcare providers who may be involved in the treatment directly and indirectly
- Obtain payment from third party payers, if applicable.
- Conduct normal healthcare operations such as quality measurements and physician certifications.

I have received, read and understand your *Notice of Privacy Practices* containing more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change, update and revise this policy and I at any time can obtain a current copy.

I understand that I may request in writing that you restrict how my information is used or disclosed to carry out treatment payment or health care operations. I further understand that you are not required to agree to my requested restrictions; but if you do agree, then you are bound to abide by such restrictions.

Entiendo que bajo la *Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud* tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi informacion de salud. Entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Dirigir mi tratamiento y seguimiento entre multiples proveedores de salud que pueden estar involucrados en el tratamiento directamente e indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores, si es aplicable.
- Realizar las operaciones normales de salud, tales como mediciones de calidad y certificaciones de los medicos.

He recibido, leído y entendido el *Aviso de Practicas de Privacidad* que contiene la descripcion mas completa de los usos y revelaciones de mi informacion de salud. Nos reservamos el derecho a cambiar nuestra poliza de Privacidad y realizar modificaciones y yo en cualquier momento puedo obtener una copia actualizada.

Entiendo que puedo solicitar limites por escrito en cuanto a como se usa y comparte mi informacion de salud para llevar a cabo el pago del tratamiento o de las operaciones de salud. Ademas, entiendo que no estoy obligada a estar de acuerdo con las restricciones solicitadas; pero si usted si esta de acuerdo, entonces estara obligada a cumplir con tales restricciones.



655 Euclid Ave, Suite 409, National City, CA 91950

Patient Name: _____ Patient Signature: _____

Relationship to Patient: SELF / OTHER _____ Date: ____/____/____

OFFICE USE ONLY

I have attempted to obtain the above named Patient's Signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so due to Patient Referral.

Date: ____/____/____ SB OBGYN Employee Initials: _____